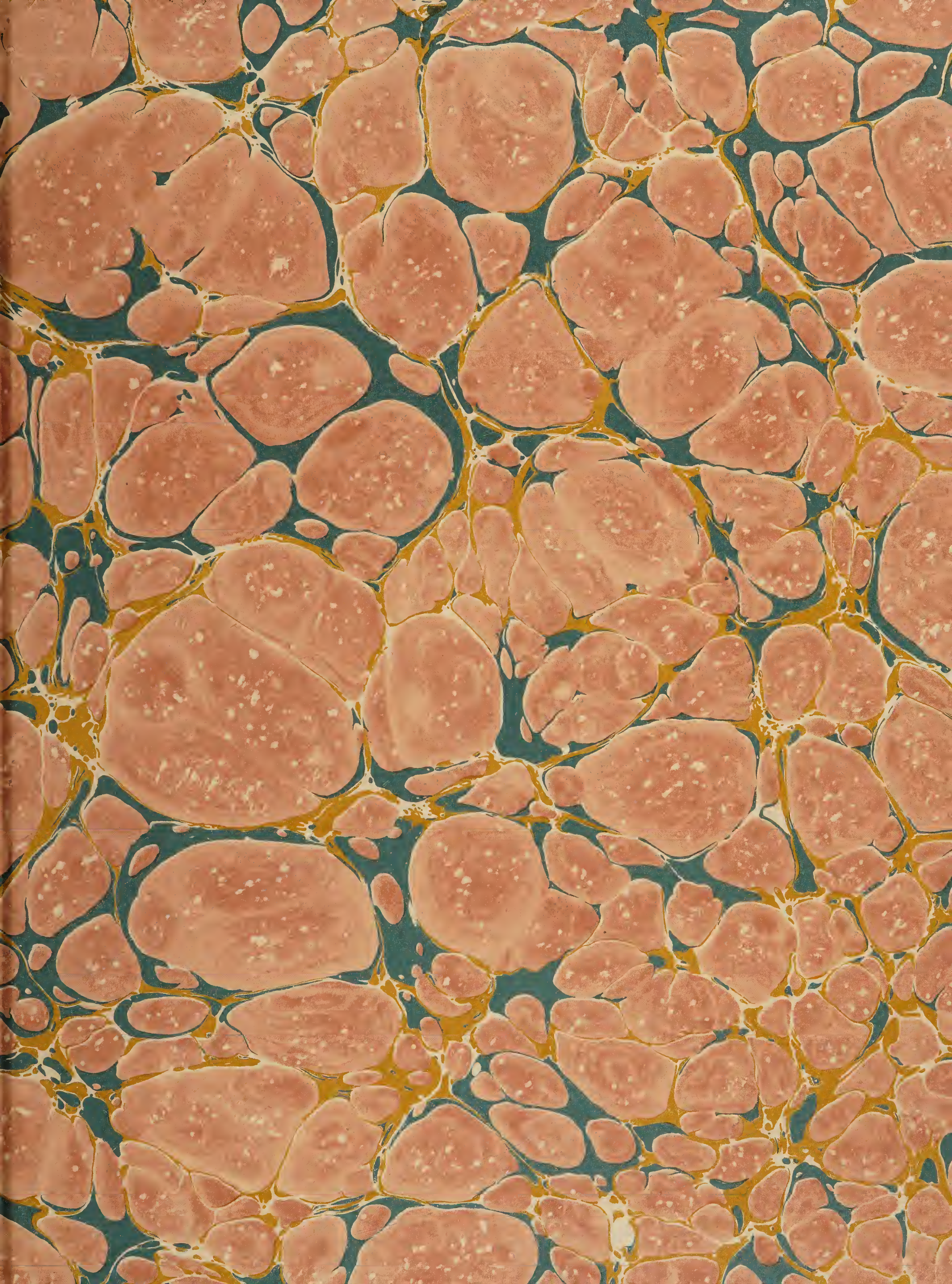


THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 30 *décembre* 1839,

Par NAPOLÉON VIVIER, de Châteauroux

(Indre).

> Ista rectè fiunt, si quis morbos quinam sint et ex quibus oriantur cognoscat, et quinam ex his longi, quinam breves, et qui lethales, et qui minime lethales, qui in alios transeunt, qui increscunt, quinam emarcescunt, qui magni, qui parvi, et inter curandum, hos quidem curari posse, hos vero non posse, et nosse quam ob rem non possint, et dum curantur, qui ita se habent, curatione quoad ejus fieri potest prodesse.
>
> (HIPPOCRATIS, *de Morbis*, lib. I.)

I. — Quelle est la valeur des signes fournis par l'inspection des tonsilles et du pharynx?

II. — De la stomatite gangréneuse chez les enfants.

III. — De la disposition respective des vaisseaux artériels et veineux dans l'intérieur de la rate.

IV. — Donner la description de l'organisation des sangsues; des espèces et variétés principales qu'elles présentent; indiquer les moyens de les conserver et de les multiplier.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1839

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné), Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ....
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAPITAINE, Examinateur.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.

MM. LARREY.
LEGROUX.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT, Examinateur.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

N. VIVIER.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Quelle est la valeur des signes fournis par l'inspection des tonsilles et du pharynx?

Solent periti medici nunquam ab ægris recedere nisi os internum prius inspexerint.

(VAN-SWIETEN.)

La vue et la palpation peuvent nous faire découvrir sur les tonsilles et le pharynx des altérations de diverse nature, savoir :

Des changements de volume ;

Des changements de forme ;

Des changements de couleur ;

Des changements de consistance : induration, ramollissement, fluctuation.

L'existence des sécrétions anormales ;

Des solutions de continuité ;

Des corps étrangers ;

Des productions anormales ;

La cessation des mouvements, ou leur énergie morbide.

Ces deux moyens d'investigation peuvent en quelques circonstances

se suppléer l'un l'autre, mais ils doivent presque toujours être employés concurremment.

Si nous voulions examiner successivement les altérations des tonsilles et du pharynx sous chacun des points de vue que nous avons énumérés plus haut, nous serions exposé à des redites continuelles, car il peut y avoir à la fois altération de forme, de volume, de densité, de sécrétions, etc., etc. Nous avons donc préféré un ordre arbitraire, mais qui nous permettra de réunir dans un cadre restreint les principales affections des tonsilles et du pharynx, en ayant plutôt égard à leurs symptômes qu'à leur nature même. Cette méthode serait sans doute peu philosophique s'il s'agissait ici d'un traité de pathologie; mais je la crois la plus convenable au but que je me propose d'apprécier succinctement les signes nombreux fournis par l'inspection d'organes qui peuvent être affectés idiopathiquement, symptomatiquement ou sympathiquement de tant de manières différentes. Je diviserai donc mon travail en cinq sections, savoir : colorations anormales, sécrétions anormales, solutions de continuité, tumeurs, altérations dynamiques. Je ne prétends pas cependant présenter un tableau rigoureux de tous les symptômes fournis par l'inspection des tonsilles et du pharynx; je n'insisterai que sur les signes appartenant spécialement à ces organes, et dignes de fixer l'attention par leur importance.

Quoique quelquefois les amygdales soient malades, comme le plus souvent elles sont affectées en même temps et de la même manière que le pharynx, nous n'avons pas cru devoir étudier à part leurs altérations. Seulement, lorsque l'occasion s'en présentera, nous signalerons les signes qui leur sont propres.

Je ne donnerai point la description anatomique des amygdales et du pharynx, n'ayant rien à ajouter aux détails si exacts que l'on trouve exposés dans les ouvrages de MM. Cruveilhier, Velpeau et Blandin. Cependant il nous arrivera peut-être quelquefois de rappeler brièvement l'état physiologique, lorsque nous croirons cela nécessaire pour mieux apprécier les altérations pathologiques.

L'exploration des tonsilles et du pharynx peut être faite à l'extérieur ou à l'intérieur de la cavité buccale. Nous insisterons peu sur l'exploration à l'extérieur, quoique, dans certaines circonstances, elle puisse fournir des renseignements utiles. Ainsi, on peut reconnaître l'amygdalite et l'hypertrophie des tonsilles, en explorant la partie latérale du cou, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, dans l'espace que circonscrivent le sterno-mastoïdien, le larynx et l'angle maxillaire. C'est aussi dans cet espace que font saillie les abcès développés dans le tissu cellulaire abondant qui entoure l'amygdale à son côté externe, et comme ces abcès ont tendance à se porter à l'extérieur, c'est là qu'il faudra chercher la fluctuation. Les plaies du cou peuvent aussi avoir pénétré dans le pharynx ; la sortie des aliments et des boissons par la plaie, lors de la déglutition, ne pourra laisser aucun doute à cet égard.

L'exploration du pharynx par la cavité buccale doit être faite avec le plus grand soin. Elle n'est pas toujours sans difficulté, surtout chez les enfants ; mais son importance est telle qu'on ne doit négliger aucun moyen pour effectuer un examen duquel dépend souvent la vie du jeune malade. On peut, sans aucune violence, le contraindre, par l'occlusion des narines, à ouvrir la bouche pour respirer, et l'on profite de cette circonstance pour une exploration dont les procédés sont trop connus pour que je les rappelle ici.

SECTION PREMIÈRE

Colorations.

La coloration du pharynx ou des amygdales, chez les enfants, pourrait quelquefois faire croire à un état morbide, si l'on ne se rappelait que le voile du palais et l'isthme du gosier, chez eux, sont presque toujours injectés et rouges. Le pharynx est ordinairement dans un état de congestion d'autant plus marqué que l'on observe l'enfant à une époque plus voisine de la naissance. Cette injection ordinairement

uniforme et en nappe, apparaît quelquefois sous la forme de ramifications plus ou moins prononcées. Il faut se garder de prendre cette injection pour une rougeur inflammatoire : elle paraît être en rapport avec la rougeur des téguments, dont elle suit toutes les phases. Cette espèce de sympathie entre la muqueuse buccale et pharyngienne, et les téguments, existe également dans plusieurs maladies cutanées, comme nous aurons occasion de le voir. Il faut aussi se garder de prendre pour des marques de phlegmasies actuelles les dilatations veineuses qui règnent dans la direction de la ligne médiane, sur la paroi postérieure du pharynx, et qu'on remarque chez beaucoup de gens.

Les colorations des tonsilles et du pharynx peuvent être l'effet de congestions passive, active et inflammatoire.

A. La coloration du pharynx due à un état de congestion passive, est ordinairement d'un rouge brun. On la rencontre dans l'apoplexie des nouveau-nés ; dans celles des affections du cœur, et notamment du cœur droit, qui entravent le plus la circulation ; enfin dans l'asphyxie par le charbon. Nous ne nous y arrêterons pas, parce que les signes qu'elle peut fournir sont d'une importance minime.

B. Dans l'hypérémie active non inflammatoire, les amygdales sont d'un rouge assez marqué, qu'une saignée fait disparaître brusquement. La femme pubère présente aussi, à l'époque de ses menstrues, une congestion de la muqueuse des amygdales qui pourrait tromper l'observateur inattentif qui oublierait cette circonstance.

C. La rougeur inflammatoire du pharynx peut être disséminée en points innombrables, en stries et en taches, ou enfin étendue en nappe. Sa vivacité peut varier beaucoup. La rougeur, quand elle existe seule, marque presque toujours le premier degré des affections inflammatoires simples ou spécifiques des tonsilles et du pharynx. Ses nuances diverses sont insuffisantes pour caractériser les maladies idiopathiques ou symptomatiques de ces organes. Ce sera donc à d'autres symptômes qu'il faudra recourir pour distinguer l'angine simple des angines scarlatineuse, pseudo-membraneuse ou autres.

Notons cependant que, dans l'angine scarlatineuse, la rougeur de la muqueuse pharyngienne est écarlate. Cependant ce symptôme serait insuffisant pour faire reconnaître cette maladie avant l'éruption; toutefois, si la scarlatine régnait épidémiquement, on pourrait presque prédire son invasion à la seule inspection du pharynx.

Les colorations de la muqueuse pharyngienne offrent donc, en général, un médiocre intérêt Il faut en excepter toutefois les taches gangréneuses jaunes, brunes ou noires, qui peuvent se manifester sur la luette, le voile du palais ou les amygdales. Les taches noires dénotent une véritable affection charbonneuse, mortelle en peu de temps, si on ne lui oppose le traitement le plus énergique. L'illustre Broussais en a observé deux cas. Les taches jaunes ou brunes doivent se rapporter à l'affection décrite sous le nom de *stomatite gangréneuse des enfants*.

SECTION DEUXIÈME.

Sécrétions anormales.

Si les colorations des tonsilles et du pharynx n'ont, en général, qu'une médiocre importance pour le diagnostic, il n'en est pas de même des sécrétions anormales; c'est à leur examen que le médecin doit appliquer toute son attention. Nous avons dit en effet que dans les diverses angines la vivacité de la rougeur ne pouvait faire connaître la nature de l'inflammation, mais seulement son degré d'intensité : les sécrétions nous offrent, au contraire, des caractères différentiels tranchés et vraiment pathognomoniques dans quelques cas.

Un mucus filant, recouvrant le voile du palais; un mucus grisâtre et mêlé de concrétions blanches et sébacées, étendu sur la muqueuse des tonsilles, caractérisent l'angine gutturale et tonsillaire.

Dans l'angine pharyngée, la couleur grisâtre du mucus, son adhérence à la membrane muqueuse dont il ne se sépare que difficilement dans les efforts d'expuition, pourraient le faire prendre pour un

ulcère syriaque, si l'on n'était prémuni contre cette erreur dans laquelle ne tombera point un observateur attentif, qui aura présent à la mémoire les caractères de cette dernière maladie.

L'angine scarlatineuse ne diffère réellement pas des angines idiopathiques, et elle peut affecter leurs différentes formes; ainsi nous n'en parlerons pas.

Nous avons parlé à l'occasion de l'angine gutturale de concrétions blanches et sébacées : cette matière pultacée se rencontre également dans la simple amygdalite, surtout quand elle se montre sous la forme chronique. Il ne faudrait donc pas croire à la présence de tubercules dans les poumons parce qu'on aurait trouvé dans les crachats du malade quelques débris de cette substance. L'examen des amygdales ferait reconnaître cette erreur si on l'avait commise.

Dans l'angine couenneuse ou pseudomembraneuse, les sécrétions s'organisent en fausses membranes qui forment des plaques plus ou moins isolées, d'abord sur le voile du palais, sur ses piliers ou la paroi postérieure du pharynx. Leur aspect est d'un gris jaunâtre tirant quelquefois sur le noir, ce qui les a fait prendre pendant longtemps pour des eschares gangréneuses ; d'autres fois elles paraissent plus blanches : elles sont plus ou moins épaisses, ont beaucoup d'analogie avec les membranes accidentelles des plèvres et avec la couenne du sang; elles sont adhérentes aux tissus sous-jacents, de telle sorte que du sang s'écoule lorsque, dans les premiers temps de leur formation, on veut les extraire. Leur odeur est souvent fétide. Dès qu'une de ces plaques se montre, il est de la plus haute importance de ne point se méprendre sur sa nature; car elles sont le signe vraiment pathognomonique d'une maladie excessivement grave et qu'il faut combattre sans le moindre retard.

SECTION TROISIÈME.

Solutions de continuité

Sous ce titre sont compris certains vices de conformation, les plaies et les ulcères. Nous ne parlerons ici ni des vices de conformation, ni des plaies : le plus simple examen les fait immédiatement reconnaître. Quant au degré de gravité des plaies, il tient surtout à des complications que nous n'avons pas à examiner. Le diagnostic différentiel des ulcères est au contraire d'une grande difficulté. Les caractères indiqués par les pathologistes sont trop peu certains pour asseoir sur eux seuls le diagnostic, et l'on est presque toujours obligé de chercher ailleurs des éléments de certitude ou au moins de probabilité. Le médecin se trouve dans la position d'un juré qui, en l'absence de preuves matérielles, forme sa conviction par la réunion d'un grand nombre de circonstances qui sont loin d'être probantes chacune isolément, mais qui, réunies, ne laissent plus de doute dans l'esprit. Je ne crois mieux faire que d'emprunter au savant ouvrage de M. Lagneau sur les maladies vénériennes, le tableau où il a mis en regard les caractères des ulcères qui peuvent affecter la bouche et la gorge.

TABLEAU DES ULCÈRES DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE.

	CHANCRES VÉNÉRIENS.	ULCÈRES SCORBUTIQUES.	ULCÈRES MERCURIELS.	ULCÈRES qui succèdent à une inflammation de la gorge.	APHTHES D'ÉCHAUFFEM.	APHTHES DES ENFANTS OU MUGUET.	APHTHES MUQUEUX DES ADULTES.
ASPECT DES ULCÈRES	Surface inégale, de couleur grise plus ou moins foncée, ou jaunâtre, circonférence remarquable par une rougeur érysipélateuse.	Fond brun, d'un rouge obscur ou livide, de consistance fongueuse ou putrilagineuse, pourtour d'un rouge noirâtre ou violet.	Fond blanchâtre, laiteux, présentant quelquefois, mais très-rarement, les orifices de plusieurs vaisseaux sanguins déchirés; circonférence pâle comme tout l'intérieur de la bouche.	Surface d'un rouge très-vermeil; circonférence d'une couleur naturelle comme le reste de la membrane muqueuse.	Fond blanchâtre lardacé, nacré; circonférence enflammée et plus ou moins engorgée.	Boutons blancs ordinairement diaphanes dont les intervalles ne présentent ni rougeur ni inflammation. Quand ils sont gangréneux une eschare blanchâtre couvre tout l'intérieur de la bouche et cache des ulcères d'un jaune brun.	Sont blanchâtres, quelquefois d'un jaune plus ou moins foncé le pourtour presque de la couleur naturelle.
FORME	Plus ou moins ronds, profonds circonscrits; à bords durs, engorgés et coupés perpendiculairement.	Superficiels et à bords flasques et spongieux; figure irrégulière.	Ronds, larges et superficiels, quelquefois cependant il y en a de profonds.	Profonds, ronds ou oblongs.	Petits, ronds ou oblongs, ordinairement superficiels; quelquefois profonds. Il est difficile dans le second cas de les distinguer des ulcères vénériens, car leurs bords sont alors tranchants et à coupe perpendiculaire.	Pustules ou ulcères superficiels.	Tubercules ronds superficiels, de la grosseur d'un grain de millet ou de chanvre, groupés en grand nombre ou très-disséminés sur la membrane muqueuse.
SIÉGE.	Les amygdales, la luette, le pharynx et la voûte palatine; quelquefois les bords de la langue, les lèvres à l'intérieur des joues, près des commissures, et parfois sur la face supérieure de la langue elle-même.	Rarement à la gorge, le plus souvent sur les gencives, où ils se confondent à la racine des dents et les déchaussent.	Ordinairement à l'intérieur des joues et au bord de la langue, vis-à-vis les dents; quelquefois aux autres régions de la bouche et de l'arrière-bouche; mais surtout en arrière des dents molaires.	Le voile du palais, l'un ou l'autre pilier ou le fond de la gorge.	A l'intérieur des lèvres, aux commissures, près du filet, sur la langue particulièrement à son extrémité.	Les lèvres, les gencives, la langue et l'intérieur des joues. Quand ils sont confluents ou gangréneux, on en voit jusqu'au fond de la gorge.	Les lèvres, les gencives, l'intérieur de la bouche, la langue, le palais, les amygdales, l'œsophage et même l'estomac et les intestins.
NOMBRE	Un, deux, trois, rarement plus.	Occupant quelquefois toutes les gencives.	Ordinairement très-nombreux.	Rarement plus d'un ou deux.	Le plus souvent un ou deux.	Très-nombreux.	Ordinairement fort nombreux.

Nota. — Je crois qu'on doit rapporter à la diphthérite ce que M. Lagneau dit des aphthes gangréneux des enfants.

Si l'on a bien présent à l'esprit les symptômes décrits dans le tableau ci-dessus; si l'on sait tirer parti du commémoratif, de l'état général du sujet, des maladies dont il est actuellement affecté, on arrivera, dans l'immense majorité des cas, à un diagnostic assuré, et l'on ne confondra point un ulcère vénérien avec un autre de nature différente.

Il est des erreurs plus grossières, dont il suffit d'être prévenu pour les éviter. Ainsi, pour peu qu'on prête d'attention, on ne confondra pas avec des ulcérations de l'amygdale des dépressions que peut présenter cette glande, et qui résultent assez souvent de la séparation qui existe naturellement entre ses lobes, ou sont la conséquence d'anciens abcès. On ne prendra pas non plus pour des maladies récentes d'anciennes cicatrices blanchâtres que le pharynx présente quelquefois, et qui sont les traces d'anciens ulcères de la gorge. Je dois également signaler ici une disposition anatomique de la membrane muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du pharynx, qui maintes fois en a imposé pour des altérations dont il n'y avait pas vestige. La membrane muqueuse, très-épaisse, surtout en haut, renferme des follicules nombreux, très-gros, qui la couvrent d'inégalités, de vacuoles et de saillies, et expliquent la fréquence des ulcères et des inflammations dans cette région.

SECTION QUATRIÈME.

Tumeurs.

Il en est des tumeurs comme des solutions de continuité. La plupart de celles qu'on rencontre dans les autres parties du corps peuvent se développer aussi, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des tissus qui entrent dans la composition des parois du pharynx. Comme elles ne fournissent point de symptômes particuliers, nous nous abstiendrons d'en parler. Je citerai seulement, comme cas rares et d'un diagnostic à peu près impossible, que M. le professeur Velpeau a observé deux fois, vis-à-vis du trou déchiré antérieur, des fongosités cancéreuses de la dure-mère.

On a donné comme un des signes de la phthisie l'hypertrophie des amygdales; mais il est presque inutile de dire que, depuis les beaux travaux de Laennec, on n'attache plus aucune valeur à tous ces signes, tirés de parties qui n'ont aucun rapport avec l'organe malade.

Toutes les tumeurs développées dans le pharynx ont pour résultat, encore plus que pour symptôme commun, la dysphagie, dont nous nous occuperons dans la section suivante.

SECTION CINQUIÈME.

Altérations dynamiques.

Les altératios dynamiques du pharynx sont de deux ordres: 1° hypersthéniques; 2° hyposthéniques.

L'hypersthénie peut tenir à l'inflammation ou au spasme nerveux.

L'hyposthénie peut être mécanique ou dépendre du défaut d'innervation.

Ces quatre causes différentes ont pour effet commun la dysphagie, que nous distinguerons en:

Dysphagie mécanique;

Dysphagie inflammatoire;

Dysphagie spasmodique;

Dysphagie paralytique.

1° La dysphagie mécanique peut être produite par des abcès des amygdales; ou leur hypertrophie, enfin, par toutes les tumeurs qui peuvent s'y développer, de quelque nature qu'elles soient.

L'hypertrophie de la luette et sa dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse peuvent aussi en être la cause. Les tumeurs du pharynx et celles des parties voisines qui font saillie à son intérieur l'occasionnent. Il en est de même des corps étrangers qui se sont arrêtés avant de pénétrer dans l'œsophage. Il ne faut pas oublier qu'on l'a vue produite par la fracture de l'os hyoïde et la luxation de ses grandes cornes. M. Ollivier, d'Angers, croit également que l'os hyoïde est susceptible

d'un déplacement de totalité qui peut la produire. Ce savant suppose, avec assez de vraisemblance, que l'os hyoïde, comprimé fortement aux deux extrémités de la courbe qu'il décrit, peut s'engager entre les cornes du cartilage thyroïde et y être retenu : d'où l'impossibilité de céder aux contractions musculaires qui le meuvent dans les mouvements de déglutition.

2° La dysphagie inflammatoire est souvent un assez bon signe pour apprécier l'intensité des affections de cette nature dont le pharynx ou le voile du palais sont affectés. Elle augmente ou diminue, en effet, en raison directe de l'inflammation. La dysphagie est aussi un symptôme de la phthisie laryngée, quand l'épiglotte est ulcérée.

3° La dysphagie spasmodique est un des symptômes les plus remarquables de l'hydrophobie. Il en est de même dans l'hystérie ; on a même été jusqu'à dire qu'elle pouvait en constituer le seul symptôme. Elle accompagne les accès d'épilepsie et de tétanos; mais, dans ces derniers cas, c'est un phénomène complexe qui dépend bien plus du trismus que de la convulsion des muscles du pharynx. Dans les fièvres adynamiques et ataxiques elle annonce un état d'irritation du cerveau, et précède quelquefois le délire et les convulsions générales.

4° La dysphagie paralytique peut se distinguer en idiopathique et en symptomatique.

L'idiopathique peut avoir lieu par les progrès de l'âge, et ne survenir que graduellement. Cependant on trouve dans les auteurs des observations où la paralysie aurait eu une invasion soudaine (Raige-Delorme). La paralysie bornée aux nerfs du pharynx et du voile du palais est assez difficile à concevoir. Pour mon compte, ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à admettre une paralysie idiopathique du pharynx.

La paralysie symptomatique dépend, comme la dysphagie spasmodique, d'un état morbide du cerveau : ainsi dans l'apoplexie très-grave, dans les dernières périodes des fièvres adynamiques et ataxiques, on observe une difficulté très-grande à opérer la déglutition.

II.

De la stomatite gangréneuse chez les enfants.

> Une histoire de maladie a pour titre l'énoncé de l'opinion qu'on a de son siége et de sa nature.
> (RIBES, *De l'anatomie patholog.*)

Que les inflammations puissent se terminer par gangrène, c'est un fait sur lequel chacun est d'accord. L'inflammation de la bouche, comme celle des autres parties du corps, peut donc, sans nul doute, amener ce funeste résultat; mais une maladie, pour différer dans sa terminaison, ne diffère pas dans sa nature; ce n'est donc pas d'un cas semblable qu'il s'agit ici, mais bien d'une affection spéciale, ayant une marche fatale, conduisant de toute nécessité à la gangrène. On peut le dire sans hésiter, les anciens, ces profonds observateurs, et, parmi les modernes, presque tous nos devanciers l'ont méconnue. On ne peut douter cependant que plusieurs n'aient observé des cas semblables à ceux que nous avons souvent sous les yeux. Nous citerons quelques passages de leurs écrits qui semblent du moins le faire croire, quoique tous les auteurs ne les aient pas interprétés de même. Aucun d'eux cependant n'en a fait une affection spéciale jusqu'à M. Baron, qui, dans un mémoire publié au commencement de sa carrière médicale, a tracé, avec beaucoup d'habileté, le tableau de la gangrène dont la bouche des enfants est souvent frappée, maladie connue jusqu'à lui dans les hôpitaux sous le nom de *charbon*. M. Baron prouva que la maladie qu'il décrivait, et dont il publiait sept observations, devait être soigneusement distinguée du scorbut, du charbon, de la pustule maligne et des aphthes gangréneux.

Les conclusions de son mémoire sont que :

« La gangrène de la bouche, chez les enfants, est une maladie particulière, *sui generis*.

« C'est une maladie *locale,* suite d'ulcérations de l'intérieur de la bouche. »

M. Baron s'est arrêté là, et n'a point cherché à déterminer la nature de la maladie.

Quelques années plus tard, en 1818, M. Isnard, dans sa dissertation inaugurale sous le titre de *Dissertation sur une affection gangréneuse propre aux enfants,* prouva que la gangrène de la vulve, chez les petites filles, ne différait que par son siége de l'affection décrite par M. Baron.

En 1830, M. Cordoën établit que cette affection est commune à l'enfance et à l'âge adulte, quoique rare après la puberté.

M. Bégin, dans son art. GANGRÈNE, du *Dictionn.* en 15 vol., partage cette opinion. Il s'éloigne cependant des idées de ses prédécesseurs, et regarde l'affection comme générale. Il s'exprime ainsi : « Il n'est pas rare, à l'ouverture des cadavres des sujets qui ont succombé à cette affection, quel qu'ait été d'abord son siége, de trouver des traces de gangrène dans l'estomac, le poumon ou d'autres viscères, soit que la même cause morbide qui a agi à l'extérieur ait étendu son action jusque sur eux, soit, *ce qui est moins vraisemblable,* qu'ils n'aient été que secondairement envahis par suite de la résorption des molécules putrides. »

J'ai omis à dessein de parler de la dissertation de M. Dubois, écrite en 1823, et qui ne nous apprend rien de plus que les écrits qui l'ont précédée.

Les auteurs cités n'avaient pas parlé de la première enfance : Billard a comblé cette lacune. On trouve dans son ouvrage trois observations pleines d'intérêt, rédigées avec le soin et le talent qui caractérisent tous ses écrits.

Si l'on excepte une esquisse rapide que M. Andral a tracée dans son *Précis d'anatomie pathologique,* et quelques mots de MM. Marjolin à l'*art.* GANGRÈNE du *Dict.* en 25 vol., et Bretonneau, en son *Traité de la diphthérite,* les écrits dont je viens de parler sont tout ce que la science, à ma connaissance du moins, possède sur ce sujet.

Je ne parle point du mémoire de M. Siébert sur le *Water-kauker,* affection que je crois fort différente.

La lecture attentive de ces divers écrits m'a conduit à une conclusion différente de celle adoptée par M. Baron, et je chercherai à démontrer que la *gangrène de la bouche n'est pas due à une cause spécifique, mais aux conditions physiques des tissus sur lesquels elle se montre, et qu'elle ne diffère en rien de quelques gangrènes qui se manifestent dans les autres parties du corps, soit chez les enfants, soit chez les adultes, dans beaucoup de circonstances différentes.*

Retenu par l'autorité des noms de MM. Baron, Billard et Andral, j'ai hésité longtemps avant d'adopter une opinion contraire à la leur, mais ces maîtres eux-mêmes nous ont enseigné à ne reconnaître d'autre autorité que celle des faits ; ils me pardonneront donc une opposition qui n'a pour but que la recherche de la vérité.

CHAPITRE I[er].

J'ai déjà dit qu'on ne trouvait dans les anciens que bien peu de chose qui eût rapport à l'affection dont nous nous occupons. Rien, avant Fabrice de Hilden, car je ne citerai pas la peinture énergique qu'Arétée a tracée de l'ulcère syriaque. M. Bretonneau a démontré que cette maladie n'était autre chose que la diphthérite.

Dans son *Traité de la gangrène et du sphacèle,* Fabrice de Hilden s'exprime ainsi : « Gingivarum inflammatio maxime in infantibus inter-« dum degenerat : partim propter abundantem oris illorum humidita-« tem.... hujus modi gangrænas non solum in scorbuto verum etiam « aliis oris affectibus, et præsertim inflammationibus gingivarum labo-« rantibus, me vidisse memini. »

Sauvages, parlant d'une maladie qu'il appelle *nécrosis infantilis,* dit : Cette affection est familière aux enfants de cinq ans ; il survient à la joue, ou *à la vulve* des jeunes filles, une tache rouge ou livide qui n'est accompagnée ni de fièvre, ni de tumeur, ni de chaleur, ni même de douleur lorsqu'on y enfonce une aiguille, etc.

Si le tableau tracé par Sauvages est bien ressemblant, il est permis de douter qu'il ait décrit la même affection que M. Baron. Dans cette

dernière, en effet, la tuméfaction est le phénomène le plus saillant.

Boerhaave, dans ses *Aphorismes sur les maladies des enfants*, dit : « Quando dentes incipiunt prodire maxime acuti, à tensione, punctura, « laceratione gingivarum nervosarum, sanguinolentarumque, oritur in- « flammatio, tumor, *gangræna*, convulsio, alvi fluor viridis, salivatio, « febris, mors. »

Van-Swieten, son commentateur, ajoute : « Si multum tumeat gin- « giva, simulque admodum rubeat validæ inflammationis signum est; » quæ quandoque in gangrænam satis cito terminatur; *præcipue si acrior « humorum indoles simul adsit.* » Il nous renvoie, pour plus de détails, à l'*art.* GANGRÈNE. Là, en effet, il décrit la gangrène scorbutique des gencives avec une grande vérité. Il revient de nouveau sur ce sujet à l'*art.* SCORBUT, et cite une observation dans laquelle on voit l'os maxillaire lui-même frappé de gangrène. MM. Bretonneau et Guersent ont cru reconnaître dans cette peinture la stomatite pseudomembraneuse, qui ne diffère point, suivant eux, du *Water-kauker* des Allemands. M. Baron, au contraire, croit que l'observation rapportée par Van-Swieten est un cas de scorbut des gencives.

Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, on en trouve deux sur la gangrène scorbutique des gencives, le premier de M. Berthe, le second de Capdeville. Berthe cite une observation de Saviard, une autre de Poupart, une autre de lui-même concernant un enfant de deux ans qui fut sauvé par ses soins. Cette observation offre beaucoup d'intérêt, et ne peut laisser de doute sur la cachexie scorbutique. Les autres manquent des détails nécessaires pour la certitude du diagnostic.

Capdeville ne cite qu'une seule observation qui lui appartienne. La seconde de son mémoire est empruntée à Van-Swieten. On peut faire à l'observation de Capdeville le même reproche qu'à celles rapportées par Berthe; cependant elle offre des circonstances si extraordinaires, qu'elle mérite d'être étudiée avec soin.

Chopart, dans une note ajoutée aux deux mémoires que je viens de citer, dit qu'étant élève à l'hôpital de la Pitié, il avait vu mourir, en

trois ans, douze enfants des progrès formidables de la maladie, décrite par Van-Swieten et observée par Capdeville. Il ajoute : « Lorsque la fluxion se manifestait aux joues, on faisait extérieurement usage de cataplasmes émollients et résolutifs : le mal faisait des progrès, les paupières devenaient œdémateuses. Il paraissait dans la bouche une eschare noire et sèche; malgré tous les antiseptiques, la gangrène gagnait l'arrière-bouche, et les enfants périssaient misérablement en peu de jours. A l'ouverture des cadavres, Chopart a remarqué les os maxillaires et ceux de la pommette sphacélés : ils étaient noirs et dépouillés en certains endroits du périoste corrompu. Le mal ne se bornait pas à leur surface; il pénétrait toute leur substance. »

CHAPITRE II.

HISTOIRE DE LA STOMATITE GANGRÉNEUSE

Étiologie.

L'affection gangréneuse de la bouche, chez les enfants, ne survient jamais primitivement; elle se manifeste chez ceux qui sont déjà affaiblis par une maladie antérieure, surtout chez les enfants des pauvres, chez ceux qui ont habité des lieux bas et humides. On l'observe fréquemment à la suite des exanthèmes aigus dont la marche n'a pas été franche : ainsi, elle se déclare assez souvent à la suite de la rougeole, de la scarlatine, quand l'éruption ne s'en est pas faite régulièrement, ou que l'enfant est resté faible après la terminaison de ces maladies.

On l'observe aussi à la suite des petites véroles confluentes dont les boutons ont fourni une suppuration abondante qui a affaibli les malades. Elle se manifeste à la suite des fièvres muqueuses chez les enfants scrofuleux; et l'affection scorbutique, qu'on a regardée comme la maladie elle-même, n'en est qu'une des causes. Dans tous les cas, la gangrène est toujours précédée d'aphthes ou d'ulcérations à la face interne des lèvres ou aux gencives. Ces ulcérations peuvent durer

plus ou moins longtemps avant de dégénérer en affection gangréneuse (Baron).

Symptomatologie.

Les malades éprouvent de la douleur dans la bouche. Cette cavité exhale une odeur infecte : en examinant les ulcérations, on observe qu'elles ont une couleur gris-livide ; bientôt le côté de la face correspondant à la maladie se tuméfie. Cette tuméfaction s'étend de proche en proche, aux lèvres, aux paupières, et quelquefois même au front et à la tempe. La peau des parties tuméfiées est ordinairement pâle et luisante ; elle offre de l'élasticité et de la rénitence. L'aspect particulier que présentent ces parties suffit aux personnes qui en ont l'habitude pour reconnaître que la gangrène va survenir. Ordinairement un point de la tumeur est plus dur que le reste, et offre une couleur livide : c'est là que commence la gangrène. D'autres fois cependant, celle-ci survient sans avoir été précédée de ce symptôme. Après deux ou trois jours, il se manifeste dans un point de la peau correspondant à l'une des ulcérations intérieures une petite tache d'abord jaune, puis noire. Cette tache est parfaitement circulaire, et a d'abord une très-petite étendue, celle d'une lentille, par exemple. L'épiderme se soulève, se détache et tombe. Toute l'épaisseur des parties qui correspond à cette tache est gangrenée.

La gangrène s'étend rapidement en tous sens : elle envahit la joue, les lèvres, les ailes du nez, et même les paupières ; en même temps elle se propage à l'intérieur de la bouche, aux gencives qu'elle détruit. Les dents se détachent, les os maxillaires se nécrosent. A mesure que la gangrène fait des progrès, le tissu des parties molles affectées est converti en une masse mollasse, noirâtre, qui se détache par lambeaux. Les enfants eux-mêmes la déchirent avec leurs doigts : de là ces perforations qui mettent à nu l'intérieur de la bouche, et donnent à la face un aspect hideux. Les os sont dénudés et couverts d'une couche noirâtre. Toutes ces parties exhalent une odeur infecte ; il s'écoule con-

tinuellement une salive visqueuse et fétide. En même temps que ces phénomènes locaux se développent, il se manifeste aussi des symptômes variés d'une affection générale. Parmi ces symptômes, le plus constant est relatif à l'état du pouls qui est toujours petit et fréquent. La respiration devient ordinairement un peu difficile; les sécrétions et les exhalations sont diminuées ; les fonctions digestives s'exécutent souvent assez bien ; quelquefois cependant il y a diarrhée. L'état des fonctions cérébrales est très-variable. Souvent on observe de la somnolence ; d'autres fois il y a du délire et une insomnie constante. Les forces musculaires sont, le plus souvent, dans un état de prostration ; d'autres fois, au contraire, elles semblent excitées, car les enfants se livrent à des mouvements assez forts, tels que ceux de la course, ceux nécessaires pour battre leurs camarades (Baron).

Diagnostic différentiel.

Plusieurs maladies ont été confondues avec la stomatite gangréneuse, et, par réciprocité, celle-ci, pendant longtemps, n'a pas été distinguée de plusieurs autres affections. La dénomination de *charbon*, sous laquelle elle était connue, en fait foi. Il faudra donc se tenir en garde contre de pareilles méprises. Les maladies qui ont donné lieu à ces erreurs de diagnostic peuvent se diviser en trois groupes :

1° Le scorbut local des gencives, le *Water-kauker* des Allemands, la *fégarite* des Espagnols, et l'*ulcère* syriaque ou *diphthérite ;*

2° Le *charbon* et la *pustule* maligne ;

3° Les *aphthes* gangréneux.

Toutes les maladies réunies sous le n° 1er ne sont, suivant M. Bretonneau que la diphthérite. Nous lui emprunterons le parallèle qu'il a tracé de cette affection avec le sphacèle de la bouche.

« Dans l'une et l'autre maladies, la fétidité de l'haleine est la même, et peut-être la stomacace diphthéritique se montre-t elle sous un aspect encore plus repoussant que le véritable sphacèle. Malgré ces traits de ressemblance, il suffit, pour distinguer ces deux affections, d'y ap-

porter un peu d'attention. Dans le sphacèle c'est le tissu organique lui-même qui est altéré; s'il a changé de couleur, il a conservé sa texture, et, la mortification étant soudaine, sa force de cohésion n'est pas d'abord diminuée. A mesure que la lésion morbide s'étend de son centre de développement, de la profondeur à la superficie, les tissus mortifiés deviennent insensibles aux tractions, et ne donnent pas de sang. Quelles que soient, au contraire, la consistance et l'épaisseur des concrétions diphthéritiques, elles sont toujours faciles à déchirer ; on peut au moins les détacher des surfaces enflammées qu'elles recouvrent, et qui laissent très-facilement transsuder du sang. »

Disons toutefois que M. Bretonneau, après avoir si habilement prouvé combien on s'était mépris sur la nature de l'angine gangréneuse, est peut-être allé trop loin, en ne voyant dans l'observation de Van-Swieten, et le fégarite des Espagnols que la diphthérite. Quant à la fégarite, que nous croyons être une affection scorbutique, les végétations fongueuses qui s'élèvent de l'ulcération suffisent pour la caractériser.

Le scorbut local que M. Fodéré décrit après l'avoir observé à l'armée des Alpes, affection qu'il croit être la même que celle dont les soldats de Germanicus furent atteints en Germanie, au rapport de Pline le naturaliste, offre pour caractères la tuméfaction et le ramollissement des gencives, l'écoulement du sang à la moindre pression, et enfin la situation même des ulcérations qui se montrent toujours sur les gencives, tandis que les parois buccales et les lèvres sont affectées de préférence dans la stomatite gangréneuse. Si la contagion à laquelle M. Fodéré croit était bien prouvée, ce serait un caractère de plus.

Le charbon est reconnaissable à l'induration considérable des tissus. La pustule maligne est surmontée de vésicules remplies d'une sérosité noirâtre : tous deux font éprouver au malade les plus vives douleurs et une sensation d'ardeur cuisante comparée à l'action du feu. On a dit aussi qu'ils se manifestaient toujours sur la peau; mais l'illustre

Broussais, dont la science déplore la perte récente, dit en avoir observé deux cas à l'intérieur même de la bouche.

Quant aux aphthes gangréneux, ils se reconnaissent à leur nombre plus ou moins considérable, et à ce que la gangrène ne détruit pas les tissus au delà de quelques lignes en épaisseur. Dans la stomatite gangréneuse, l'ulcération est unique, et toute l'épaisseur des parois buccales est bientôt convertie en eschare.

Pronostic et durée de la maladie.

Le pronostic est extrêmement fâcheux : la mort arrive dans presque tous les cas. Sa gravité est en raison inverse de l'âge des sujets. En effet, comme l'a si bien démontré Berthe, la succion instinctive qu'exercent continuellement les enfants du premier âge amène bientôt une infection générale qu'il est impossible de combattre avec succès, parce qu'elle se renouvelle sans cesse. Chez les enfants du second âge, au contraire, on cite quelques cas de guérison dus aux efforts de l'art. Si l'on parvient à arrêter les progrès de la gangrène, les eschares se détachent à la manière ordinaire. La perte de substance diminue de jour en jour, grâce à la grande extensibilité des tissus ; les portions d'os nécrosées se détachent par l'exfoliation.

La marche de la maladie est très-rapide : la mort arrive souvent dans les trois jours qui suivent l'apparition de la tache gangréneuse. Il est rare que la vie se prolonge au delà de huit jours.

Altérations pathologiques.

On trouve la partie gangréneuse convertie presque entièrement en une substance noire, molle, facile à déchirer. Cependant il est remarquable qu'on trouve presque toujours dans l'épaisseur même de l'eschare quelques portions de tissu graisseux non gangrené, et infiltré d'une sérosité jaunâtre. Le tissu cellulaire des parties voisines de l'eschare est toujours infiltré d'une sérosité de même couleur. Les os sont

dénudés, quelquefois ramollis ; une portion de leur substance se détache par le moindre effort. Si l'on fait noircir ou bouillir les os, on trouve leur substance comme vermoulue.

Les altérations des viscères sont très-variables, et ne paraissent pas, en général, se rapporter à l'affection locale. Cependant on rencontre presque constamment de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Suivant M. Bégin, on rencontrerait fréquemment des points gangréneux dans les poumons, l'estomac et le foie. Suivant nous, ces gangrènes viscérales, quand elles existent, sont des effets de l'infection générale par absorption.

Traitement.

Ce que nous avons dit en parlant du pronostic fait prévoir que l'art a bien peu de prise sur une affection aussi grave que la gangrène de la bouche. Le danger, en effet, n'est pas seulement dans la désorganisation locale, mais dans l'état général du sujet affaibli par des maladies antérieures, ou, s'il est voisin de la naissance, né dans un état de faiblesse qui lui permet à peine de vivre. L'expérience a prouvé cependant qu'il ne fallait pas entièrement désespérer. Dans d'aussi graves circonstances, il n'est pas permis au médecin d'hésiter. C'est ici surtout que la circonspection devient de l'imprudence, et que la temporisation est meurtrière. Dès qu'on voit une tache jaunâtre succéder à une ulcération, et surtout quand l'aspect huileux des téguments dénonce la gangrène prochaine, il ne faut plus compter sur les ressources de la nature, mais il faut détruire avec le fer rouge les tissus dévoués à une mort certaine. Si vous ne parvenez pas par ce moyen à provoquer une réaction salutaire et une inflammation éliminatoire assez active, il ne faut plus rien espérer, la mort est inévitable. Quand l'infection générale aura eu lieu, en vain vous administrerez les antiseptiques : n'en espérez aucune efficacité; ni le chlorure de soude, ni le quinquina, ni le musc, ne sauveront le malheureux malade.

Analyse succincte de six observations contenues dans le mémoire de M. Baron, et de trois observations publiées par Billard.

Ire OBSERVATION.

Le 12 novembre, deux aphthes se manifestent à la joue gauche d'une jeune fille de sept ans en convalescence d'une variole avec diarrhée abondante qui subsiste encore. Trois jours après, tuméfaction de la joue.

Le 16, tache jaune, livide, de la largeur d'une lentille.

Le 17, eschare gangréneuse de doux pouces de diamètre.

Le 18, toute la joue est détruite; délire.

Le 19, mort.

IIe OBSERVATION.

Le 9 janvier, Elisabet Samson, âgé de cinq ans, entre à l'hôpital avec une gibbosité datant de trois mois. Toux sèche, dyspnée, amaigrissement considérable, diarrhée, faiblesse excessive.

Le 12, des aphthes apparaissent; gonflement de la joue; pouls petit et fréquent.

Le 15, tache jaune, livide, de la grandeur d'une lentille.

Le 16, la tache est devenue noire.

Le 17, eschare de deux pouces de diamètre.

Le 18, perforation de l'eschare.

Le 19, mort.

Nécropsie.

Outre les désordres locaux, il y avait une assez grande quantité de sérosité infiltrée dans le tissu lamineux sous-arachnoïdien; les ventricules latéraux en contenaient deux onces. (M. Baron ajoute : Je n'indique pas d'autres lésions qui n'ont aucun rapport avec le sujet qui m'occupe.)

IIIᵉ OBSERVATION.

Le 16 mars 1806, Françoise Dieulevant, âgée de douze ans, affectée de fièvre quarte depuis trois mois avec engorgement de la rate, entre à l'hôpital. Les accès de fièvre furent suspendus, mais il survint un embarras gastrique, qui fut suivi d'une fièvre muqueuse, pendant laquelle la malade rendit une assez grande quantité d'ascarides lombricoïdes. Des aphthes s'étaient manifestés dans l'intérieur de la bouche.

Le 17 avril, tuméfaction du côté gauche de la face; odeur fétide de la bouche.

Le 20, l'œdème de la face s'étend aux paupières et aux lèvres; odeur gangréneuse.

Le 21, eschare gangréneuse.

Le 25, mort.

IVᵉ OBSERVATION.

Jeune fille âgée de quatre ans. Guérison; mais l'enfant reste dans un grand état de faiblesse. Gale. Vers le milieu de juillet, aphthes.

Le 20 juillet, tuméfaction avec menace de gangrène.

Le 25, tache livide d'un demi-pouce, odeur de gangrène.

Le 26, eschare.

Le 27, une autre eschare paraît.

Le 29, mort.

Vᵉ OBSERVATION.

Une enfant de sept ans entre à l'hôpital le 28 septembre 1806. Affectée de coqueluche, accompagnée de fièvre muqueuse, avec éruption d'aphthes dans la bouche.

Le 26 octobre, gonflement œdémateux considérable de la joue droite et de la lèvre supérieure, tache noire.

Mort au bout de deux jours.

VIe OBSERVATION.

Enfant scrofuleux, âgé de sept ans.

Le 31 décembre, ulcères à la face interne de la joue droite.

Le 6 janvier, œdème considérable de ce côté de la face.

Le 9, eschare gangréneuse de dix-huit lignes de diamètre.

Le 12, toute la joue est détruite.

Le 13, mort.

Billard nous a transmis trois observations fort intéressantes, et que je regrette beaucoup de ne pouvoir rapporter ici dans leur intégrité.

Ire OBSERVATION.

Jeune fille de douze jours, faible et chétive, affectée de muguet. Neuf jours après son entrée à l'infirmerie, le muguet s'est étendu en nappe; toute la partie inférieure de la face est œdémateuse; la lèvre inférieure devient le siége d'un gonflement très-prononcé. La peau qui la recouvre offre un aspect huileux. Quatre jours après la mort arrive.

IIe OBSERVATION.

Une jeune fille, âgée d'un mois, entre à l'infirmerie, le 4 février avec météorisme du ventre, diarrhée.

Le 12, quelques points de muguet apparaissent; l'enfant offre une pâleur chlorotique; sa figure se gonfle et s'infiltre.

Le 15 tuméfaction très-prononcée de la lèvre supérieure; paupières œdémateuses.

Le 20, tuméfaction plus considérable de la lèvre, avec teinte violacée. Mort.

Nécropsie.

Aux désordres locaux s'ajoutent un gonflement œdémateux de la glotte, et un engorgement sanguin du foie et des poumons.

IIIe OBSERVATION.

Enfant de neuf jours, entré le 5 janvier à l'infirmerie : elle offre un œdème général; la poitrine ne rend à la percussion qu'un son obscur au côté droit.

Le 11 janvier, on observe que le côté gauche de la face est sensiblement gonflé; la gencive de ce côté est tuméfiée.

Le 12, le gonflement de la face a fait des progrès effrayants; la joue offre à son centre un noyau d'engorgement plus dur que les autres points.

Le 13, apparition d'une eschare à la face interne de la joue.

Le 14, l'eschare a envahi toute l'épaisseur de la joue. Mort.

Nécropsie.

Outre les altérations locales soigneusement décrites par Billard, on trouve des adhérences celluleuses assez solides entre les plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Poumon de ce côté crépitant. Le poumon droit est fortement infiltré de sang dans tout son lobe inférieur, et crépite dans sa partie supérieure. Le péricarde renferme deux cuillerées d'une sérosité puriforme. Le cerveau offre une congestion générale assez marquée.

OBSERVATIONS.

Dans les neuf observations dont nous venons de donner l'analyse, nous trouvons que les jeunes malades sont dans un état de faiblesse extrême, soit par l'effet de maladies antérieures, soit par organisation primitive, soit par l'effet de maladies actuelles.

Dans tous les cas, une tuméfaction considérable précède l'apparition de la tache gangréneuse.

Dans cinq cas, la maladie semble débuter par des aphthes, et dans un par une ulcération.

Dans les trois cas cités par Billard, il n'y a point d'ulcération.

Dans les cas cités par M. Baron, la mort n'arrive que lorsque déjà la gangrène a fait de cruels ravages.

Dans deux de ceux cités par Billard, la gangrène est encore douteuse lorsque la mort arrive, ce qui s'explique par le jeune âge des enfants et par la gravité des affections dont ils étaient atteints.

Les deux phénomènes constants les plus saillants sont donc la débilité générale et la tuméfaction locale.

M. Baron ne s'est attaché à décrire que les désordres locaux : dans un seul cas il signale une accumulation considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans les ventricules.

Billard, au contraire, a fait les autopsies avec beaucoup de soin. Nous remarquerons, entre autres lésions, celles qui attestent que la circulation a éprouvé une grande gêne pendant la vie.

CHAPITRE III.

Me voilà enfin arrivé à la partie la plus difficile de mon travail. Je ne me suis point dissimulé tout ce que ma position avait de désavantageux. Quoi qu'il en soit, je vais m'efforcer de démontrer la proposition que j'ai avancée, que la gangrène de la bouche ne diffère en rien de quelques gangrènes qui se manifestent dans les autres parties du corps, soit chez les enfants, soit chez les adultes, dans beaucoup de circonstances différentes.

Les anciens, qui n'attachaient pas au mot grngrène le même sens que les modernes, pouvaient la considérer comme une maladie. Pour nous, gangrène et mort partielle sont synonymes. Ce sont donc les phénomènes qui auront précédé, qui, à nos yeux, constitueront l'état

morbide. Je n'aurais pas fait cette réflexion de peur qu'elle ne parût puérile, si M. Cordoën n'avait dit : *la gangrène de la bouche n'a pas de signes précurseurs.* Déterminons donc d'une manière bien nette quels sont les premiers phénomènes qui caractérisent la maladie, et étudions-les dans leur succession. Billard les a exposés aussi succinctement que possible, dans l'ordre suivant :

1° Gonflement œdémateux de la joue dont la peau a pris un aspect huileux ;

2° Induration au centre de l'engorgement ;

3° Expuition muqueuse et sanguinolente ;

4° Tache violacée remplacée par une eschare.

Notons cependant que M. Baron, qui observait des enfants plus âgés, dit que la maladie commence toujours par une ulcération. Mais chacun sait que l'âge des sujets peut modifier la marche des maladies sans que pour cela elles cessent d'être identiques.

En voyant ce tableau, il semble qu'il est impossible de mieux caractériser une maladie, d'assigner ses périodes, de montrer sa terminaison.

Si l'on y réfléchit, cependant, ce n'est pas sans surprise qu'on voit un œdème être le premier phénomène d'une maladie. L'œdème est-il actif ? Mais il a dû être précédé d'un travail inflammatoire. Est-il passif ? Il faut en chercher la cause ailleurs ; il n'est plus que le symptôme d'une maladie.

Prendrons-nous une ulcération pour point de départ ? Mêmes difficultés.

Qui pense à nier, me dira-t-on, qu'une inflammation locale a précédé l'œdème ou l'ulcération ? M. Cordoën n'a-t-il pas exprimé formellement son opinion à ce sujet ? Billard ne s'est-il pas prononcé implicitement en adoptant le nom de stomatite gangréneuse ? D'ailleurs ne trouve-t-on pas les quatre phénomènes caractéristiques de l'inflammation ? Chaleur, rougeur, tumeur, douleur. D'accord ; mais cependant, depuis M. Baron jusqu'à M. Cordoën, tous les auteurs qui ont parlé de l'affection connue avant eux sous le nom de charbon des enfants ont eu

bien soin de déclarer que la gangrène était une affection spéciale qu'il ne fallait pas confondre avec les autres espèces de stomatite qui pouvaient également se terminer par gangrène. Ils admettaient, il est vrai, l'inflammation pour point de départ; mais une inflammation moins remarquable par son intensité que par sa terminaison fatale, que la bénignité apparente des symptômes, n'aurait pas dû faire soupçonner si l'expérience n'avait enseigné à prévoir la gangrène à certains signes. Bien qu'aucun, sauf M. Bégin, ne le dise explicitement, on ne peut s'empêcher d'admettre qu'ils ont tous cru à une cause de nature spécifique, telle qu'un empoisonnement miasmatique, comme dans les affections charbonneuses ou la pourriture d'hôpital. Je suis convaincu, d'après leurs écrits, qu'aucun des auteurs que j'ai cités ne reculerait devant cette conséquence. Cependant, j'espère démontrer que rien ne prouve l'existence d'une pareille cause, tandis qu'une cause toute physique explique fort naturellement la gangrène, et qu'en sa présence il était parfaitement inutile de chercher des causes occultes et imaginaires. Je dis plus, aucun des auteurs qui ont écrit ex professo sur cette matière, n'ont méconnu cette cause; ils étaient trop bons observateurs et trop habiles physiologistes pour ne pas en être frappés. Mais l'esprit humain s'arrête rarement au témoignage des sens : les explications matérielles, dans ce qui touche aux phénomènes de la vie, lui semblent trop grossières et trop palpables pour être dignes de lui. L'imagination est plus à l'aise dans le champ immense des hypothèses.

Les causes physiques, suivant moi, de la gangrène de la bouche, comme de beaucoup d'autres gangrènes partielles sont l'œdème et la faiblesse générale. Ajoutons, cependant, qu'à ces deux causes, ou à l'une d'elles, car, suivant moi, une seule suffit, s'ajoute le plus souvent un travail inflammatoire, par une cause quelconque, mais si faible, que, sans l'état particulier dans lequel il surprend les organes, il n'entraînerait aucun accident grave. Comment ces causes agissent-elles? l'œdème, par la compression mécanique qu'il exerce sur les vaisseaux capillaires; la faiblesse générale, par l'impuissance de réac-

tion dans laquelle elle place les organes, tantôt par défaut d'innervation, tantôt par l'altération que les solides ont éprouvée dans leur texture. Ces deux conditions se rencontrent dans les observations de MM. Baron et Billard, dont j'ai déjà donné une bien rapide analyse. Toujours vous voyez les enfants épuisés par des maladies graves, souvent arrivés au marasme, ou du moins dans un état de langueur qui accompagne la convalescence des maladies éruptives dont la marche a été troublée. Si l'on jette un coup d'œil sur l'exposition de l'étiologie et de la symptomatologie que j'ai empruntée à MM. Baron et Cordoën, on retrouve, soigneusement rappelées, ces deux circonstances capitales, la faiblesse générale et l'œdème.

Ecoutons maintenant les réflexions faites par MM. Baron, Cordoën et Billard.

M. Baron dit, page 165 : « Cette affection gangréneuse n'est aussi commune qu'à cause de la disposition lymphatique, aqueuse pour ainsi dire, des sujets de cet âge. L'humidité constante dans laquelle baignent les ulcères de l'intérieur de la bouche me paraît en être la véritable cause. Peut-être pourrait on, jusqu'à un certain point, la comparer à la gangrène qui s'empare des membres infiltrés sur lesquels on a pratiqué des mouchetures? Cette affection est d'abord purement locale; car souvent toutes les fonctions s'exercent comme à l'ordinaire pendant les premiers jours. »

M. Cordoën dit : « Souvent l'œdématie de la joue qui survient est le premier symptôme qui fixe l'attention des parents et du médecin : de là, sans doute, l'opinion que l'œdématie était le symptôme primitif, et la cause de l'ulcération. »

On a eu tort, sans doute, de prendre l'œdématie pour la cause de l'ulcération, puisque cette dernière précède quelquefois, quoique rarement; mais il n'en est plus de même de la gangrène.

Ces témoignages sont précieux, sans doute : notamment celui de M. Baron, qui compare la gangrène de la bouche à celle qui survient aux membres infiltrés, sur lesquels on a pratiqué des sacrifications. Mais Billard est peut-être plus positif encore; il s'exprime ainsi :

« Il est difficile d'expliquer la cause de cette gangrène; néanmoins, il est un fait qu'il ne faut pas oublier de prendre en considération, c'est l'œdème et la tuméfaction indolente qui précède *toujours* la formation de l'eschare. Celle-ci résulterait-elle donc de ce que le sang ne circulerait plus dans les vaisseaux capillaires, et, faisant place à la lymphe ou à la sérosité qui se répand et s'engorge dans le tissu cellulaire ambiant, les parties que le fluide sanguin devrait animer et nourrir se flétrissent et se désorganisent? Je ne puis répondre positivement à cettequestion; mais je dois du moins faire observer que cette gangrène, loin d'être précédée d'un travail inflammatoire, dont elle serait la conséquence, succède, au contraire, à un engorgement indolent analogue à celui qui constitue l'anasarque. Dans ce dernier cas, les points du corps qui sont comprimés ne tardent pas à se gangrener; or, la face interne de la bouche, dont la paroi est ainsi tuméfiée et infiltrée, se gangrène d'abord dans le point où elle se trouve pressée, par le fait même de sa tuméfaction contre la branche horizontale de la mâchoire, ou contre l'arcade dentaire. Ainsi donc, la gangrène n'est ici que l'effet de la tuméfaction œdémateuse » (Billard, *Maladies des enfants*, p. 256).

Que me reste-t-il à ajouter après ce paragraphe? pourrais-je m'exprimer avec plus de force et de logique?

Si j'ai réussi à prouver, comme j'ai essayé de le faire, que l'état physique des tissus suffit pour expliquer la gangrène de la bouche, je pourrais me dispenser de démontrer qu'elle n'est point due à une infection miasmatique ; cependant je ne reculerai pas devant la difficulté que présente la preuve d'un fait négatif.

Des affections gangréneuses par infection miasmatique générale, les plus connues sont : le charbon, la pustule maligne et la pourriture d'hôpital. Dans ces trois affections nous voyons des symptômes généraux précéder l'altération locale, et, sans aucun doute, au moins la gangrène. Dans ces affections, on peut, en quelque sorte, suivre la trace du poison qui a pénétré dans l'économie. Le charbon et la pustule nous saisissent au milieu de la plus florissante santé. Les blessés les plus vigoureux comme les plus faibles, s'ils se trouvent dans les mêmes

conditions, succombent également à la pourriture d'hôpital. Dans ces maladies la contagion est évidente. Aucun de ces caractères ne se montre dans la stomatite gangréneuse. Ici point de symptômes généraux point de contagion : immunité complète pour tous les sujets vigoureux, bien qu'ils soient affectés d'aphthes ou d'ulcérations sur la muqueuse buccale. Lorsqu'il n'y a point de similitude dans les effets, peut-il y avoir analogie dans les causes? Mais cette affection règne-t-elle du moins épidémiquement? en aucune façon. Il m'est donc impossible d'admettre, avec M. Bégin, qu'elle ait pour cause un empoisonnement miasmatique.

Je n'entrerai pas dans de longs développements pour prouver que la gangrène de la bouche, chez les enfants, ne diffère en rien de la même maladie chez les adultes ; il me suffira d'invoquer les témoignages de MM. Isnard et Cordoën, auxquels je puis ajouter ceux de MM. Hébréar, Bretonneau et Bégin. M. Isnard est allé plus loin. Suivant lui, la maladie est la même, soit qu'elle attaque la bouche, soit qu'elle désorganise les parties génitales. M. Ollivier, d'Angers, se range à cet avis, et fait remarquer que la différence dans la marche de la maladie s'explique parfaitement par la différence des organes affectés. C'est également l'opinion de Billard qui y assimile aussi la gangrène des orteils et des doigts, qu'il appelle gangrène des nouveau-nés. A cette occasion, il critique Underwood, pour avoir confondu cette altération toute passive, *cette gangrène pour ainsi dire spontanée*, avec l'érysipèle. Il ajoute : « Je crois qu'il existe réellement une différence entre l'inflammation érysipélateuse ordinaire, et la gangrène de la peau dont il est ici question. Ici ce n'est pas par un excès d'inflammation que la gangrène survient, mais par suite d'un grand trouble dans la circulation capillaire, et du séjour d'un sang peu riche en oxygène, dans les mailles du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, d'où résulte inévitablement cette sorte de flétrissure et de dégénération gangréneuse des téguments. »

Si je prouve maintenant que, dans d'autres circonstances, mais par une cause semblable, la stagnation des liquides dans nos tissus, les

parties de notre corps acquièrent une telle disposition à la gangrène que la moindre cause déterminante la produit, j'aurai complété l'énoncé de ma proposition ; il me suffira de citer l'œdème, et ce rapprochement n'a point échappé à M. Baron. Chacun sait, en effet, que, dans l'anasarque, les plus légères scarifications, et même les piqûres imperceptibles faites avec l'aiguille à acupuncture, suffisent souvent pour amener des gangrènes fort étendues.

Une autre condition, avons-nous dit, prédispose singulièrement à la gangrène : c'est la débilité générale. En effet, rien n'est plus commun que les eschares gangréneuses chez les individus affaiblis par de longues maladies ; elles sont également à redouter dans les maladies aiguës de nature typhoïde dont la prostration est un phénomène remarquable. Hébréard n'a-t-il pas insisté sur la facilité avec laquelle apparaît la gangrène dans les inflammations qu'il appelle atoniques? Mais ce défaut de réaction, cette faiblesse acquise, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui sont le résultat des maladies, le manque d'innervation la produit brusquement. Haller avait déjà prouvé expérimentalement qu'on peut amener le sphacèle d'un membre en détruisant ses communications avec le cerveau ; depuis, on a eu de trop fréquentes occasions de s'assurer avec quelle inexplicable facilité, et pour la moindre cause, des eschares gangréneuses se forment dans les membres paralysés.

Je pourrais ajouter beaucoup d'exemples à tous ceux que j'ai cités ; mais il est temps de mettre des bornes à un travail qui paraîtra peut-être déjà beaucoup trop long.

III.

De la disposition respective des vaisseaux artériels et veineux dans l'intérieur de la rate.

Ce qui frappe d'abord, en étudiant les vaisseaux spléniques, c'est l'infériorité relative du système artériel, ce qui a fait dire que la rate

était constituée par un plexus veineux. La veine splénique est, en effet. quatre ou cinq fois plus volumineuse que l'artère. Si l'on étudie les vaisseaux spléniques à l'intérieur de la rate, au moyen d'une injection par une des branches de l'artère, on remarque une particularité bien digne d'être notée : c'est que la matière de l'injection, quelle qu'elle soit, ne se distribue que dans un rayon déterminé. L'indépendance des diverses parties de la rate, les unes à l'égard des autres, existe également pour les veines, de sorte que la rate peut être considérée comme une agglomération de plusieurs petites rates, disposition commune chez plusieurs animaux. Un autre fait non moins remarquable, c'est le peu de volume qu'acquiert la rate par suite d'une injection artérielle, tandis qu'elle se tuméfie considérablement, et avec la plus grande facilité par une injection veineuse. On en a conclu, avec raison, que la communication des cellules de la rate avec les veines était plus facile qu'avec les artères. Une question difficile à résoudre, est de savoir s'il y a communication directe des artères avec les veines. Ici, il faut le dire, l'observation ne nous apprend rien. Nos sens, aidés des meilleurs instruments, sont impuissants, tant la ténuité des vaisseaux capillaires est grande, et l'analogie seule peut nous servir de flambeau. Cette question passe pour résolue, quant à la circulation générale, malgré de graves objections : elle me semble du reste trop peu importante pour être l'objet d'une longue discussion. Ce qui n'est pas douteux, c'est que la communication des artères avec les veines dans la rate est bien loin d'être plus facile que dans les autres organes, et que la grande anastomose visible à l'œil nu, admise par Spiegel, Diémerbroeck et Bartholin est purement imaginaire.

L'étude de la rate, débarrassée, par une injection d'eau, de la boue splénique que quelques anatomistes ont cru être des granulations, nous montre, si l'on y fait diverses sections, que son tissu ressemble manifestement à celui des corps caverneux, et qu'il est composé d'un assemblage de cellules formées par un tissu spongieux blanc, composé de lames et de fibres qui s'entre-croisent dans toutes sortes de directions. M. le professeur Cruveilhier paraît douter que la membrane

interne des veines se prolonge jusque dans les cellules spléniques; cependant, on ne peut guère s'empêcher de l'admettre, quoiqu'on ne puisse le démontrer, car le tissu aréolaire ne paraît être que la terminaison des veines mêmes, soutenues dans tout leur trajet par les prolongements fibreux fournis par la capsule de la rate, disposition bien manifeste sur les rameaux veineux d'un certain volume.

IV.

Donner la description de l'organisation des sangsues; des espèces et variétés principales qu'elles présentent. Indiquer les moyens de les conserver et de les multiplier.

HISTOIRE DES SANGSUES.

Rien ne prouve mieux combien il importe, en histoire naturelle, de ne pas s'attacher trop exclusivement, pour les classifications, à quelques systèmes d'organes, que l'erreur échappée au génie sublime de Cuvier, lorsqu'il a assigné aux animaux articulés un rang inférieur à celui des mollusques dans l'échelle animale. Qu'on demande au plus ignorant villageois quel animal est le plus parfait, de l'abeille ou de l'huître : L'abeille, répondra-t-il sans hésiter; et il est impossible que la science ne confirme pas ce jugement rendu par le grossier bon sens.

M. de Blainville a bien senti ce défaut de la classification de Cuvier, et il a rendu aux articulés leur véritable place. L'ordre qu'il a adopté paraît, sans aucun doute, le plus satisfaisant. Ainsi les annélides de Cuvier, divisés par M. de Blainville en entomozoaires chétopodes et en entomozoaires apodes, ne forment plus la première classe des animaux articulés, mais renvoyés, au contraire, au dernier rang, ils forment une transition naturelle entre les articulés plus parfaits et les mollusques.

Le genre *sanguisuga* est une division de la famille des hirudinées, tribu des annélides.

Organisation. — Le corps des sangsues est oblong, déprimé, ridé transversalement. Leur peau, intimement adhérente à la couche contractile, se distingue par son extrême finesse et son absence d'épiderme ; elle est couverte d'un pigmentum abondant et très-coloré ; des cryptes versent à sa surface une humeur visqueuse très-abondante. La couche musculaire est à peu près réduite à un plan de fibres longitudinales, partagé dans sa longueur en huit bandelettes par les lignes dorsale, ventrale, et latérales. Ces bandes sont interrompues à chaque étranglement annulaire du corps par les attaches qu'y prennent leurs fibres. On admet, en outre, des fibres transversales, mais moins généralement répandues que les premières ; elles agissent comme antagonistes de celles-ci pour l'élongation et le rétrécissement du corps. Les faisceaux particuliers se rendent aux disques dentelés dont est armée la cavité buccale. Le canal intestinal est droit, boursouflé d'espace en espace jusqu'aux deux tiers de sa longueur, où il a deux cœcums : le sang avalé s'y conserve rouge et sans altération pendant plusieurs semaines. Ce canal aboutit, d'une part, à la cavité buccale, d'autre part, à l'anus. La bouche a sa lèvre supérieure formée de plusieurs segments ; son ouverture est transversale, et contient trois mâchoires armées, chacune sur son tranchant, de deux rangées de dents très-fines. L'anus est situé à la base d'un disque contractile qui peut faire le vide, et sert à la progression en se fixant sur les corps solides, et en fournissant ainsi un point d'appui pour les contractions musculaires du reste du corps. L'extrémité antérieure est entourée de dix points, que l'on a regardés comme des yeux rudimentaires et incapables de servir à la vision.

Il est douteux que les sangsues soient pourvues d'un appareil respiratoire particulier : le tégument externe paraît seul en tenir lieu. Cependant, quelques anatomistes, entre autres M. Carus, décrivent comme les organes respiratoires de ces articulés de petits sacs à pa-

rois très-vasculaires, qui viennent s'ouvrir, par de très-petits orifices, de chaque côté de la face abdominale. L'état d'imperfection de l'appareil circulatoire chez les articulés, en général, avait déterminé Cuvier à leur assigner un rang très-inférieur dans l'échelle animale; d'un autre côté, la coloration rouge du sang des annélides l'avait à tort conduit à leur accorder la prééminence sur les autres articulés. Par une sorte d'exception, le système circulatoire est assez manifeste chez les sangsues. Leur cœur est un long vaisseau aortique, renflé au niveau de chaque anneau du corps, plus gros à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, et fournissant ou recevant par ses côtés des branches transversales. Le sang, poussé par les contractions évidentes de cet organe, en sort par son extrémité antérieure, et se rend dans les artères du corps. L'appareil générateur est fort compliqué chez la sangsue. Elle possède deux testicules formés chacun par le pelotonnement d'un long vaisseau seminipare : ces organes versent leur produit dans deux conduits déférents, courts et droits, qui aboutissent à la base de l'organe excitateur. Celui-ci est un long tube musculeux, rétractile comme celui des mollusques gastéropodes, et creusé à sa surface de sillons qui reçoivent le sperme. Ce petit appareil s'ouvre à la partie antérieure de la face abdominale de l'animal : un peu derrière son orifice se trouve celui de l'appareil femelle, appareil qui se compose d'une matrice assez large, de deux oviductes, et de deux ovaires qui ressemblent beaucoup aux parties correspondantes de l'appareil mâle. Le système nerveux est distribué d'une manière régulière, et forme une longue chaîne sous-intestinale, composée de vingt-trois ganglions répartis d'une extrémité du corps à l'autre. La première paire de ganglions, qui représente le cerveau, est fort peu développée, et fournit, en avant, deux très-petits filets qui se distribuent au disque buccal.

Mœurs. — Les sangsues sont hermaphrodites, et s'accouplent à la manière des hélices. Elles sont ovipares. Les œufs de la sangsue officinale forment des espèces de cocons ovoïdes, formés de deux membranes : l'une extérieure, celluleuse et spongieuse; l'intérieure plus

mince et plus résistante. Chaque cocon renferme de six à quinze œufs. Dès qu'ils sont éclos, les petites sangsues percent les membranes, et sortent au dehors. Les sangsues vivent dans les mares et les ruisseaux, mais surtout dans les étangs. Elles vivent de débris animaux, de mollusques, et s'attachent même au corps des poissons. Elles sucent aussi le sang des animaux qui viennent se désaltérer ou se baigner dans les eaux où elles vivent : tout le monde connaît leur avidité pour le sang, qui a donné lieu à leur emploi en médecine.

Non missura cutem, nisi plena cruoris hirudo.
(Horace.)

La pêche des sangsues a lieu de diverses manières. Tantôt on jette quelques débris d'animal, et on les prend attachées à cette proie. Cette méthode a beaucoup d'inconvénients ; il vaut mieux, comme on le fait dans le Berri, agiter avec un morceau de bois la vase des étangs, et les saisir avec la main ou un tamis de crin, lorsqu'elles viennent à la surface de l'eau.

Leur conservation est devenue un art qui demande beaucoup de soins. En grand, on fait construire des réservoirs, en partie remplis d'argile, où elles peuvent se retirer, et même se multiplier. Dans les pharmacies, on les conserve dans un vase plein d'eau et couvert d'une toile peu serrée. L'eau doit être renouvelée fort souvent, à moins qu'elle ne se renouvelle d'elle-même par un filet continu. On doit aussi placer au fond du vase un peu d'argile et de sable de rivière. M. Magnes-Tahens a proposé d'y ajouter une petite quantité de sulfure de potasse pour dissoudre plus facilement leurs mucosités. M. Brossat recommande comme une précaution indispensable la séparation des diverses espèces, qui, suivant lui, se font une guerre acharnée. La sangsue médicale et la sangsue officinale seules vivent en paix ensemble. Il faut aussi les soustraire aux variations atmosphériques, à l'influence desquelles elles sont tellement sensibles, que le vulgaire, ayant re-

marqué leurs allures différentes suivant l'état du ciel, en tire des pronostics pour prédire la pluie ou le beau temps.

Division des espèces. — Le genre *sanguisuga* a été divisé en deux espèces.

I. *Sanguisuga officinalis.*

Son corps est verdâtre ou vert-noirâtre peu foncé, ayant le dos marqué de six bandes longitudinales, de couleur ferrugineuse, maculées de points noirs sur leur partie moyenne et sur leurs bords; le ventre est vert-jaunâtre immaculé, et largement bordé de noir. Les segments du corps sont très-lisses. Cette espèce est la plus grosse de tout le genre; elle vit dans les mares et les ruisseaux, et porte le nom de *sangsue verte.*

M. Moquin-Taudon signale trois variétés dans cette espèce:

1° Elle a les bandes dorsales interrompues de distance en distance.

2° Elle a les bandes dorsales avec des points noirâtres plus ou moins nombreux.

3° Elle a les bandes dorsales réunies par des mouchetures transversales.

II. *Sanguisuga medicinalis.*

Connue sous le nom de *sangsue grise.* Son corps est vert-foncé; son dos marqué de six bandes longitudinales, ferrugineuses, assez claires, maculées de taches noires, ordinairement triangulaires; le ventre verdâtre, maculé et largement bordé de noir, et les segments du corps hérissés de mamelons grenus.

M. Moquin-Taudon signale encore plusieurs espèces appartenant au genre *sanguisuga*, et qui pourraient être employées comme les précédentes; ce sont:

1° La sangsue obscure.

Son corps est brun-foncé sur le dos; son ventre verdâtre, avec des

atomes noirs nombreux et peu saillants; les segments sont garnis sur leur contour de mamelons grenus. On la trouve aux environs de Montpellier.

2° La sangsue interrompue.

Corps verdâtre, marqué supérieurement de taches isolées; bords orangés; ventre jaunâtre, quelquefois largement maculé de noir, ayant sur les côtés deux bandes noires en zigzag; segment tuberculeux.

Il ne faut point confondre avec les sangsues l'*hæmopis vorax*, ou sangsue de cheval, que l'on a accusée bien à tort d'accidents graves auxquels elle ne peut donner lieu, puisque la forme émoussée de ses dents ne lui permet pas d'entamer la peau de l'homme. Son corps est déprimé, très-lisse, olivâtre; son dos, marqué de six bandes foncées; les bords jaunes; le ventre noir-verdâtre, immaculé, et plus foncé que le dos.



